

马萨诸塞州眼耳专科医院  
财务援助申请表

患者和家属信息（如需更多空间，请用本表背面填写）：

日期：\_\_\_\_\_

患者姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市、州、邮编：\_\_\_\_\_

电话号码：\_\_\_\_\_

负担财务责任人士：

负担财务责任人士和患者的关系：

本人                       家长                       配偶  
 成年子女                   兄弟姐妹                   其他 \_\_\_\_\_

在接受服务时家长是否有健康保险：

有                   没有

如果有，请附上保险卡的复印件（正反面）并且填写以下信息：

保险公司名称：\_\_\_\_\_

保单号：\_\_\_\_\_

团体号：\_\_\_\_\_

投保人名称：\_\_\_\_\_

列出家人，包括患者、配偶、父母、孩子、和住在患者家里的兄弟姐妹：

家人	年龄	与患者的关系
1.		
2.		
3.		
4.		

**收入：**列出负责人士的所有收入，包括总（税前）薪资、租金收入、失业金、社会保障福利、退休金收入、子女抚养费、赡养费等：

家人	收入来源或雇主	月收入
1.		
2.		
3.		

马萨诸塞州眼耳专科医院  
财务援助申请表

请提供以下**复印件**：两张连续的工资单存根、证明其他收入的通知函或陈述书、或最近一期的联邦报税单。  
请继续填写表格的下一页。

**资产**：列出财务资产，例如存款和支票账户、定存单、股票、互惠基金。请不要列入退休或延付计划：

金融机构	账户类别	账号	结余
1.			
2.			
3.			
4.			

请提供每一个账户当前对账单的**复印件**。

**医疗费用**：如果您有家人的医疗费用想要在我们裁定您有能力支付多少费用时一并列入考虑，请填写以下信息：

医院费用：

医院名称	过去12个月里已付的金额	还欠的金额	患者姓名
1.			
2.			
3.			

医生费用：

医生或执业者姓名	过去12个月里已付的金额	还欠的金额	患者姓名
1.			
2.			
3.			

其他医疗账单：

业者姓名	过去12个月里已付的金额	还欠的金额	患者姓名
1.			
2.			
3.			

请提供显示尚欠金额的所有对账单**复印件**。

请继续填写表格的下一页。

马萨诸塞州眼耳专科医院  
财务援助申请表

**特殊的财务状况：**请填写所有适用的信息：

失业：

负责人士目前失业

最后工作日期： \_\_\_\_\_

住房款逾期未付：

住址	租赁或自有住宅	逾期金额（租赁或房贷本金和利息、房地产税和保险）

请提供显示逾期金额的当前对账单**复印件**。

请说明希望我们在裁定该名负责人士有能力支付多少费用时，一并列入考虑的任何其他特殊的财务状况：

描述其他特殊的财务状况	每月付款	还欠的金额	逾期金额

如果您有支持其他特殊的财务状况的额外文件，希望我们在裁定您有能力支付多少费用时一并列入考虑，请提供这些文件的**复印件**。

**其他负责人士：**请说明除了上列人士之外，是否还有其他人依法负有支付患者医疗费用的责任，例如监护人。

是的，还有另外一位人士依法负有支付患者医疗费用的责任。  
 没有，没有任何其他人依法负有支付患者医疗费用的责任。

如有，请填写以下信息：

姓名	地址	角色或关系

请继续填写表格的下一页。

马萨诸塞州眼耳专科医院  
财务援助申请表

**Medicaid (医保补助) 拒付证明:** 请提供 MassHealth(麻州医保补助)的拒绝信(如果申请不是由麻州眼耳医院直接提交的) 或是在您原籍州内的 Medicaid 计划的拒绝信复印件。

负责人士特此确认他/她必须向麻州眼耳医院报告任何的保险变更或更新。

请不要寄正本文件。只寄复印件。寄来的原件不会退还。

\*\*\*\*\*

**证明:** 通过在下方签名, 我证明我已经仔细阅读了这份申请表, 同时据我所知, 我所说的任何话以及附上任何文件都是真实正确的。我明白, 故意提交不实信息以获取财务援助是违法的。

负担财务责任人士签名:

日期

任何有关本申请表或马萨诸塞州眼耳专科医院财务援助政策的问题, 请打电话联系我们的财务协调员  
617-573-5664 或电邮 FINANCIAL\_COORDINATORS @MEEI.HARVARD.EDU。

请把这份申请表寄回:

Massachusetts Eye and Ear  
243 Charles Street  
Boston, MA 02114-3096  
Attn:Financial Coordinators